FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 100

DE LA

RÉSECTION DU POIGNET

Par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transmétacarpienne

(Méthode de Studsgaard, de Copenhague)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUILLET 1896

PAR

Antoine BORDENAVE-PÉBORDE

Né à Angaïs (Basses-Pyrénées), le 12 août 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	VERGELY,	professeur,	*président.*
	LANELONGUE,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	BRAQUEHAYE,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 100

DE LA

RÉSECTION DU POIGNET

Par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transmétacarpienne

(Méthode de Studsgaard, de Copenhague)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUILLET 1896

PAR

Antoine BORDENAVE-PÉBORDE

Né à Angaïs (Basses-Pyrénées), le 12 août 1863.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	VERGELY,	professeur,	*président.*
	LANELONGUE,	professeur,	*juges.*
	VILLAR,	agrégé,	
	BRAQUEHAYE,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Y. Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... } Professeurs honoraires.
AZAM..... }

Clinique interne.....	MM. PICOT. PITRES.
Clinique externe.....	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne.....	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Clinique d'accouchements.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie.....	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie.....	VIAULT.
Physiologie.....	JOLYET.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pharmacie.....	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Médecine expérimentale.....	FERRE.
Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale.....	MESNARD. CASSAËT. AUCHÉ. SABRAZÈS. LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR. BINAUD. BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie.....	MM. PRINCETEAU. CANNIEU.	Histoire naturelle.	MM. BEILLE.
		Physiologie.....	PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie.....	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Maladies mentales....	MM. RÉGIS.
Clin. des mal. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Pathologie externe..	DENUCE.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MOURE.	Chimie.....	DENIGÈS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur Francis VILLAR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier d'Académie,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543506_0022

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGELY

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales à la Faculté de Médecine,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

DE LA

RÉSECTION DU POIGNET

Par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transmétacarpienne

(Méthode de Studsgaard, de Copenhague)

INTRODUCTION

Quoi de plus important que la main ?, dit le professeur Farabeuf dans l'article *Résection du poignet* de sa Médecine opératoire; et il ajoute : Cette opération, cependant pratiquée dans un but conservateur et curatif, a eu du mal à se généraliser et à jouir auprès des chirurgiens de toute la faveur qu'elle mérite. C'est qu'en effet pendant longtemps ses résultats n'étaient pas merveilleux et mortalité ou insuccès thérapeutique, tel était son bilan.

Sans insister sur les modifications crées par l'application de l'antisepsie, et sur la variété des procédés qui en sont nés, disons simplement qu'à l'heure actuelle la résection du poignet est une opération pour ainsi dire courante, que tout chirurgien a l'occasion de pratiquer et non d'une façon absolument extraordinaire, et que l'Ecole de Lyon, Ollier en particulier, a réglée d'une

manière aussi précise qu'une ligature d'artère. Le professeur Ollier a même pu dire que c'était une des plus belles et des plus incontestables conquêtes de la chirurgie conservatrice. Chercher le meilleur résultat fonctionnel avec le moins de dégâts possible n'est-ce pas le critérium de toute opération conservatrice et c'est à ce point de vue surtout que nous avons l'intention d'étudier un nouveau procédé de résection, non point aussi nouveau qu'on pourrait le croire, puisqu'il date déjà de l'année 1892, mais qui a été peu appliqué jusqu'à ce jour et qui est, on peut dire, à peu près inconnu en France. Nous voulons parler de la méthode de résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire ou transcarpienne (procédé d'Obalinski-Studsgaard). Quoiqu'ayant pris jour à l'étranger, ce procédé n'a pas tardé à être importé en France et nous devons à M. le professeur Villar de nous l'avoir le premier fait connaître en l'appliquant au malade, et sans faire le procès des modes opératoires actuellement en vigueur, nous essaierons de faire connaître cette opération, d'en établir le manuel opératoire, les résultats, les indications et nous diviserons pour cela notre travail de la façon suivante.

Dans un premier chapitre nous en ferons l'historique.

Dans un deuxième nous verrons le manuel opératoire et nous joindrons les observations.

Dans un troisième nous publierons les résultats.

Dans un quatrième enfin nous verrons ses avantages et ses indications et nous tirerons nos conclusions :

Nous n'ignorons pas tout ce que notre travail peut avoir d'incomplet en raison de la nouveauté du procédé et du petit nombre d'observations qui y sont relatives dans la littérature médicale. On comprendra facilement que nous n'ayons pas d'expérience personnelle à cet égard et nous espérons que nos juges nous en tiendrons compte.

M. le professeur agrégé Villar, à qui nous devons l'idée de notre

travail et qui nous en a fourni les éléments avec sa bienveillance accoutumée, voudra bien agréer avec nos remerciements l'expression de notre plus vive reconnaissance.

Nous prions M. le professeur Vergely, qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de vouloir bien recevoir l'expression du plus profond respect d'un de ses anciens élèves.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le 7 janvier 1891, le professeur Studsgaard (de Copenhague) publiait dans le *Journal des hôpitaux* un article intitulé « De l'incision longitudinale comme méthode de résection du pied et de la main », écrit à la suite d'une intervention faite le 27 août 1890.

Il rappelle que Obalinsky (de Cracovie) dans le « *Centralblat für Chirurgie* » de 1890 (n. 43, 25 octobre) avait recommandé l'incision longitudinale comme une nouvelle méthode de résection du pied : mais ce dernier n'eut pas occasion de pratiquer l'opération sur le vivant, l'étendue des lésions réclamant l'urgence d'une amputation. D'ailleurs l'opération de Studsgaard était antérieure de deux mois à la publication d'Obalinsky.

Et c'est alors que le professeur Studsgaard eut l'idée d'appliquer l'incision longitudinale au traitement des lésions des os du carpe et du métacarpien, et à la première séance du Congrès des naturalistes scandinaves, tenu à Copenhague au commencement de juillet 1892, il lit un travail ayant pour titre « Du traitement des ostéo arthrites tarso-métatarsiennes et carpo-métacarpiennes par l'incision longitudinale ».

A cette époque, l'auteur avait eu trois fois recours à cette méthode et avait obtenu trois résultats favorables, et chez un de ses opérés un résultat fonctionnel excellent.

Depuis, le professeur Studsgaard a eu l'occasion de mettre souvent sa méthode en pratique, mais nous ne connaissons de lui

que les quatre observations citées plus loin, non publiées et qu'il a bien voulu envoyer à M. le professeur agrégé Villar.

C'est en Italie que la tentative de Studsgaard trouve les plus zélés défenseurs dans la personne de Novaro (de Bologne) et Bassini (de Padoue) qui l'appliquent, le premier en octobre, le second en février 1893. De plus, ce dernier, dans une leçon clinique reproduite dans la *Riforma medica,* donne une description complète du manuel opératoire de la résection du poignet par le procédé de l'incision longitudinale et déclare même cette méthode comme personnelle, ses premières études sur la question étant contemporaines de celles du professeur Studsgaard. Les dates sont là et s'opposent à ce que nous retirions à ce dernier la priorité qui lui est dûe.

Nous n'avons pas eu connaissance d'opération de ce genre pratiquée en France, à l'exception de celle de M. le professeur Villar, au sujet de laquelle il fit une courte communication à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux dans la séance du 8 janvier 1894. L'observation de la malade est transcrite plus loin tout au long.

Au mois d'avril de la même année, le docteur Lorenzo Odisio, assistant du professeur Novaro (de Bologne) publie dans le journal *Il policlinico* un travail « Sur la méthode d'Obalinski-Studsgaard dans les affections tuberculeuses des pieds et des mains ».

Ce travail fait ressortir une fois encore les avantages du procédé et fait connaître les cinq cas opérés par Novaro (y compris les deux dont nous avons déjà parlé) plus un autre cas opéré par le docteur Odisio lui-même.

On voit, par cette rapide énumération, que les travaux publiés sur la question ne sont ni bien nombreux ni bien importants. Seul le mémoire de Bassini décrit d'une façon complète le manuel opératoire adopté.

Disons, pour nous résumer, que la résection du poignet par la

double incision longitudinale dorso-palmaire aurait été pratiquée : en Danemark, plusieurs fois par Studsgaard ; en Italie, sept fois (cinq fois par Novaro, une fois par Bassini, une fois par Odisio) ; en France, une fois par Villar.

Il nous paraît intéressant, avant d'aller plus loin, de nous demander comment on doit désigner cette méthode. Le nom d'une intervention chirurgicale d'un mode opératoire doit préciser d'une façon nette ce qu'est cette opération ; ni Studsgaard ni Bassini ne sont suffisamment explicites en la désignant l'un « Résection de la main par l'incision longitudinale », l'autre « Nouvelle méthode pour la résection de l'articulation radio-carpienne ».

La simple expression d'incision longitudinale ne dit pas où elle doit porter ni s'il s'agit d'une incision simple ou double ; nous savons en effet que parmi les différents procédés de résection du poignet, il y a plusieurs variétés d'incisions longitudinales : l'incision médiane postérieure de Maisonneuve, les incisions latérales (externes de Danzel, interne de Chassaignac), l'incision dorsale externe de Bœckel, etc.

Il nous semble que l'on pourrait préciser davantage et que l'on pourrait dire « Résection du poignet par la double incision longitudinale ou dorso-palmaire », ou, d'une façon plus synthétique, « Résection du poignet par la double incision longitudinale transmétacarpienne ». Ce sont là les dénominations qui ont été proposées par M. Villar.

Cette dénomination a l'avantage de rappeler plus nettement le nombre et le siège des incisions.

CHAPITRE II

MANUEL OPÉRATOIRE

Etudions maintenant le manuel opératoire de notre résection et voyons quels en sont les divers temps.

Je n'insisterai pas longuement sur les préliminaires qui doivent être ici ceux de toute intervention chirurgicale, anesthésie du malade, nettoyage et lavage au savon du champ opératoire, lavage au sublimé, etc. La bande d'Esmarch pourrait ne pas être appliquée en raison du peu d'importance de l'hémorrhagie produite, mais il vaut mieux opérer sur une région exsangue, se réservant de faire l'hématose, l'opération terminée.

Au sujet de la position à donner au membre, on a dit qu'il importait peu que l'avant-bras reposât sur la table ou fût pendant sur le bord.

Il nous paraît plus utile, et nous sommes en cela d'accord avec M. le professeur Villar, de placer le bras en abduction et de le maintenir à angle droit ou tout au moins à angle aigu.

Deux aides sont donc indispensables : le premier aide destiné à aider directement le chirurgien, le second à maintenir le bras dans la position ci-dessus pendant la première partie de l'intervention.

Ainsi donc, le bras solidement maintenu en pronation, le deuxième aide, se trouvant placé en dedans, écarte de la main gauche le médius et l'index sans s'occuper du pouce. Le chirurgien, placé en face du membre, saisit l'annulaire et le petit doigt

qu'il écarte de la main gauche en dehors. Nous prenons par exemple le cas du bras droit.

Armé d'un bistouri ordinaire mais assez solide, il commence l'incision sur le dos de la main à un centimètre ou deux au-dessus de l'interligne radio-carpien et la prolonge jusqu'au niveau de la commissure qui sépare le troisième doigt du quatrième. La peau bien sectionnée, il écarte les tendons extenseurs et commence la résection du paquet musculaire interosseux.

Relevant la main en même temps que l'aide, il reprend l'incision au niveau de la commissure et la prolonge verticale sur la paume de la main pour atteindre et au besoin dépasser l'interligne radio-carpien.

Puis on sectionne les parties molles de la paume de la main, y compris forcément l'arcade palmaire superficielle, mais en ayant bien soin d'éviter les tendons et le nerf médian qui se trouve du côté radial de l'incision à l'exception du rameau qui innerve le bord cubital de l'annulaire et que l'on est obligé de sacrifier. Il importe peu d'ailleurs d'ouvrir les gaînes synoviales et en particulier la gaîne cubitale dans des cas comme ceux-ci où elles sont presque toujours envahies.

On complète alors la résection des muscles interrosseux en évitant à ce moment la blessure de l'arcade palmaire profonde et de la branche profonde du nerf cubital. C'est donc vers l'extrémité supérieure ou carpienne de l'espace intermétacarpien qu'il faudra redoubler de précaution. Je sais bien qu'il sera peut-être difficile d'éviter cette blessure, mais avec une pince hémostatique on aura bien vite arrêté cette hémorrhagie.

Commence alors le deuxième temps, le moment vraiment utile de l'opération. Le bras remis sur le plan du lit et la main mise en pronation on écarte les deux parties de la main ainsi fendue, et qui est transformée en une main bifide. On ne rencontre dans cet écartement, que l'on peut même pousser au maximum, aucune

difficulté : la ligne d'incision répondant à l'interligne articulaire du neuvième os et de l'os crochu, le onzième et le cinquième métatarsien pivotant à la façon d'un os unique sur l'articulation de l'os crochu, le deuxième et le troisième faisant de même sur le grand os et le trapézoïde. La voie d'accès sur la carpe est donc large, commode, et l'extirpation ou le grattage des os du carpe se fait avec la plus grande facilité. Un bistouri à résection, un petit davier, des pinces à griffes seront suffisantes pour mener à bien l'opération.

Au fur et à mesure que les os du carpe sont extirpés, la brèche devient de plus en plus grande et on peut ainsi râcler et détruire au bistouri, au thermo-cautère les fongosités qui ont envahi les interlignes articulaires qui ont fusé du côté de la peau, qui ont envahi les gaînes.

Si les lésions observées dépassent le massif du carpe, rien n'empêchera de réséquer soit les extrémités supérieures des métacarpiens, soit l'extrémité inférieure du radius et du cubitus à la rugine, à la gouge ou même à la scie.

Dans les cas moyens où l'on n'a pas la main forcée par l'étendue des lésions, il est recommandé de laisser en place le pisiforme, de manière à conserver au cubital antérieur son insertion mobile et d'être très sobre de manœuvre du côté du trapèze en raison du voisinage de l'artère radiale.

L'opération terminée, le chirurgien lie les vaisseaux, enlève la bande d'Esmach, fait l'hémostase complète, badigeonne la plaie au chlorure de zinc, éther iodoformé, lave au sublimé et soupoudre d'iodoforme.

La conséquence immédiate et forcée de toute résection est le raccourcissement de la tige osseuse du membre. Les portions molles ne seront donc plus adéquates et nous aurons par conséquent de l'étoffe en trop surtout au niveau des tendons. La question du raccourcissement des tendons se posera donc. Nous ne la discute-

rons pas ici. Ollier ne l'admet que pour des cas exceptionnels, Bassini la mit en pratique sur sa malade.

Nous n'insisterons pas davantage sur tous les procédés fort ingénieux inventés pour obtenir leur raccourcissement.

Rappelons simplement la section et la suture directe des deux bouts, la plicature en Z et la suture de la portion exubérante, la boutonnière faite au tendon et dans laquelle on fait passer l'autre portion, etc.

Cette pratique, qui est le complément théorique obligé de notre intervention, ne devra pas, pour être profitable, augmenter les chances d'insuccès opératoire et mieux vaudrait s'abstenir que de compliquer d'une façon aussi malencontreuse une opération déjà assez importante.

Ceci fait, il ne reste plus, pour terminer l'opération, qu'à suturer les parties divisées : suture des muscles interosseux, suture des os dans certains cas, suture des débris de la capsule, du ligament annulaire, de l'aponévrose et de la peau. Celle-ci étant en excès, il est bon d'en réséquer une certaine partie.

Les sutures profondes seront faites au catgut, les superficielles au crin de Florence.

Le pansement terminé, le membre est mis dans une attelle en bois, en fil de fer ou en métal.

Pour nous résumer, nous dirons donc :

1° Incision sur le dos de la main au niveau du 3e interstice inter-métacarpien que l'on prolonge dans la paume. Section des parties molles;

2° Grattage. Résection du carpe par la voie ainsi faite.

OBSERVATION I

Professeur STUDSGAARD (de Copenhague).

Ostéo-arthrite de la main. — Incision longitudinale.

Vald Hoggenblad, âgé de 13 ans, entre à l'hôpital le 6 janvier 1892.

Les parents sont vivants et jouissent d'une bonne santé : il a eu des frères et des sœurs qui sont morts jeunes.

Si nous exceptons un eczéma scrofuleux (?) survenu il y a quelques années, nous pouvons dire que le jeune H... a toujours été bien portant.

L'affection de la main droite, pour laquelle il entre à l'hôpital, a débuté il y a quatre ans environ, et depuis cette époque il y a eu des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Etat actuel : La main droite est atrophiée et légèrement fléchie sur l'avant-bras ; sur la face dorsale du carpe existe un gonflement mollasse au niveau duquel la peau est un peu rouge. Cette tuméfaction est fluctuante.

Les mouvements de la main sont très limités, spontanés ou provoqués, ils déterminent une assez vive douleur, la pression est également douloureuse.

Pas de crépitation osseuse.

Le rachis est le siège d'une déviation considérable (scoliose rachitique). Genu valgum peu accentué :

L'urine est normale, mais un peu alcaline.

La température est de 37°3.

Le malade tousse de temps à autre et expectore des crachats épais.

Intervention chirurgicale : L'opération est pratiquée le 10 janvier 1892 Incision longitudinale de la main entre le 3e et le 4e doigts : extirpation des os et des fongosités. Les lésions étaient étendues aux os, aux gaînes synoviales (avec destruction des tendons) aux ligaments.

L'épiphyse radiale était creusée d'une cavité tuberculeuse. Grattage avec la curette tranchante. Cautérisation au fer rouge.

La plaie est suturée à la soie, sauf à la partie supérieure, qui livre passage à une mèche.

24 Janvier. Premier pansement : on enlève les fils. Tout est en bon état.

Le malade quitte le service le 8 février 1892 pour suivre un traitement spécial hors de l'hôpital.

3 Mai. Le malade est revu. La plaie est guérie depuis longtemps. Bon fonctionnement de la main. Le malade peut s'en servir.

OBSERVATION II

Professeur STUDSGAARD (de Copenhague).

Ostéite tuberculeuse de la main et du métacarpe. — Incision longitudinale

Irsa Kjobke, âgée de 3 ans, entre à l'hôpital le 29 avril 1892.

Elle y a déjà été soignée à trois reprises différentes pour des lésions scrofuleuses et a été traitée, entres autres, par la lymphe de Koch.

Il y a huit jours environ, l'état de sa main gauche malade a considérablement empiré. Elle est devenue très douloureuse, et il s'est établi une fistule.

Etat actuel : Enfant rachitique ; l'état général est assez bon, la peau est bien colorée.

Au niveau de la main, du coude, du genou et à la partie externe de la cuisse, on constate l'existence de cicatrices de lésions tuberculeuses.

Entre le premier et le deuxième métacarpiens on voit un orifice fistuleux autour duquel la peau est rougeâtre. Un stylet introduit par ces orifices, permet de constater que les os sont très friables, et par la pression on fait sourdre une matière puriforme du trajet fistuleux.

Urine acide, pas d'albumine ni de sucre.

Intervention chirurgicale pratiquée le 2 mai : L'enfant est endormie. Incision au niveau de la fistule et on arrive sur les métacarpiens malades. Grattage avec la curette tranchante. Pansement à la gaze iodoformée.

9 mai : Premier pansement. On trouve un peu de pus à la partie supérieure de la plaie entre les troisième et quatrième métacarpiens.

On décida alors de pratiquer *l'incision longitudinale de la main.* Cette

incision permet de constater l'existence d'une ostéite suppurée de l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien dont la substance compacte est ulcérée. Evidement, cautérisation. La plaie n'est suturée qu'en partie.

12 mai : L'enfant, dont la température a monté, tousse un peu ; à l'auscultation, on trouve des signes de broncho-pneumonie. Traitement approprié.

14 mai : Eruption rubéolique étendue à la face et à tout le corps ; la petite malade est isolée, elle n'a pas été revue.

OBSERVATION III

Professeur STUDSGAARD (de Copenhague).

Ostéo-arthrite du carpe : incision longitudinale de la main.

Carl-Peter W..., âgé de 62 ans, charretier, entre à l'hôpital, le 17 mai 1892.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé ; il n'a jamais présenté aucun signe de tuberculose. Pas de rhumatisme.

Il y a deux ans, il a un peu souffert du poignet gauche. Le travail le fatiguait. Quelque temps après l'apparition de ces douleurs, survient un gonflement qui suit une marche progressive. Le malade est alors traité pendant trois semaines par l'application d'un bandage plâtré.

Le gonflement disparaît, mais le travail ramène l'endolorissement de la main.

Il y a trois semaines, notre malade tombe du haut d'un camion et se contusionne la hanche et la fesse gauches ; il ne sait pas nous dire si sa main gauche a porté. Quoi qu'il en soit, 8 jours après, survient, dans la région du carpe et du métacarpe, un gonflement qui n'a cessé de s'accroître et qui amène le malade à l'hôpital.

État actuel : Il existe un gonflement qui occupe les régions du carpe et du métacarpe, à gauche. De ce côté, la circonférence de la main mesure deux centimètres de plus que du côté opposé. La peau qui recouvre la tuméfaction est rouge et chaude. Pas de fluctuation.

La pression réveille de la douleur au niveau du carpe et du métacarpe, surtout à la base du deuxième métacarpien.

Les mouvements sont peu douloureux, mais il faut dire que ces mouvements sont extrêmement limités à cause de la tension de la région dorsale.

L'urine et la température sont normales.

Traitement : Immobilisation de la main.

Opération le 31 mai : Incision longitudinale de la main entre le troisième et le quatrième doigts. On enlève plusieurs os du carpe, entre autres le scaphoïde et le semi-lunaire. On extirpe les masses fongueuses.

Suture de la plaie en laissant un orifice à la partie supérieure pour le passage d'une mèche. Pansement antiseptique.

2 juin : Premier pansement. La plaie est en bon état ; la température est restée normale.

15 juin : La plaie est en bonne voie de bourgeonnement.

Le malade quitte l'hôpital le 15 juillet.

Il est soumis pendant quelque temps à quelques exercices de massage et est revu le 15 août 1895. La main fonctionne bien et le malade a repris son métier de charretier.

OBSERVATION IV

Professeur STUDSGAARD (de Copenhague).

Ostéo-arthrite du carpe. Incision longitudinale de la main. Résection du poignet.

Marie-Cécile P..., âgée de 20 ans, ouvrière tailleuse, entre à l'hôpital le 25 août 1892.

Elle a eu, il y a sept semaines, un rhumatisme articulaire aigu localisé aux deux articulations tibio-tarsiennes, au genou, à l'épaule et au poignet du côté droit. 15 jours après le début des accidents, elle entre à l'hôpital. La douleur et le gonflement des articulations atteintes ne tardent pas à disparaître, cependant la main droite reste douloureuse et le gonflement y augmente progressivement pour diminuer un peu dans la suite.

Etat actuel : L'articulation de la main droite est le siège d'un œdème assez considérable qui s'étend de l'extrémité des doigts à 4 centimètres environ au-dessus de l'interligne radio-carpien. Sur la face dorsale du poignet on constate de la fluctuation. Pas de crépitation osseuse. La malade éprouve des douleurs sur les côtés radial et cubital de la main au niveau de l'interligne articulaire. Elle peut à peine remuer ses doigts : quant aux mouvements spontanés de la main, ils sont abolis. Les mouvements imprimés sont très douloureux.

Température : 37,3.

Pertes blanches sans douleur à la miction. La malade nie la possibilité d'une blennorrhagie et l'examen direct n'a pas été pratiqué.

Urine neutre, ni sucre ni albumine.

28 août : Incision sur le dos de la main, au niveau de la partie douloureuse : la capsule est injectée et infiltrée de pus. On pratique alors l'incision longitudinale entre le troisième et le quatrième doigts. Extirpation des os du carpe, excepté du pisiforme et du grand os, ainsi que des parties molles atteintes. La plaie est suturée à la soie en ayant soin de ménager un orifice pour une mèche. Pansement.

29 août : La malade a eu quelques douleurs qui ont nécessité une injection de morphine. Bien que le pansement ne soit pas souillé, on le renouvelle.

Température : 38,2 et 37,9.

4 septembre : Nouveau pansement. La plaie va bien, une partie s'est réunie par première intention, on raccourcit la mèche.

11 septembre : Température normale.

13 septembre : Pansement, les fils sont enlevés. Il y a un peu d'œdème sur le dos de la main. La pression n'est pas douloureuse. La main présente un bon aspect. L'élévation de température survenue après l'opération était à mettre sur le compte d'une angine folliculaire qui est actuellement presque guérie.

16 septembre : L'angine a complètement disparu, mais la malade est un peu faible. Traitement tonique.

22 septembre : En changeant le pansement, on constate qu'il y a du pus au niveau de l'incision palmaire et qu'il existe des bourgeons de mauvaise nature, saignant facilement. Incision de la cicatrice palmaire. L'extrémité supérieure des métacarpiens est dénudée. Râclage avec la curette tranchante. Pansement iodoformé.

26 septembre : Température normale.

29 septembre : La malade va bien, on change le pansement, la plaie suppure très peu, mais elle reste encore gonflée et sensible. Pas de gonflement de l'avant-bras.

3 octobre : Suppuration diminuée : les os sont recouverts de bourgeons charnus : le trajet dorso-palmaire a disparu. La forme de la main est bonne.

4 octobre : La malade quitte l'hôpital, et va se faire soigner á la Policlinique.

15 janvier 1894 : La malade est revue : il y a un peu de mollesse dans l'articulation du poignet. Elle remue le pouce et le métacarpien correspondant. L'index est privé de tous ses mouvements aussi bien de ceux de l'articulation métacarpo-phalangienne, que de l'articulation des phalanges. Les phalanges des autres doigts fonctionnent, mais ces doigts sont presque immobilisés au niveau de leurs articulations métacarpo-phalangiennes.

La malade peut coudre et depuis qu'elle est mariée elle vaque aux occupations de son ménage.

OBSERVATION V

Professeur Novaro (de Bologne).

Ostéo-synovite tuberculeuse de l'articulation radio-carpienne. — Résection d'Obalinski-Studsgaard.

Thérèse F..., âgée de 28 ans, entre dans le service de clinique pour une affection de la main gauche, celle-ci ayant acquis un volume double de celui de la main droite.

Pas d'antécédents héréditaires. Conformation du squelette normale. Pas de scrofule. Le début de l'affection remonte à 5 ans, époque à laquelle la

malade fit une chute sur le dos de la main gauche et resta impotente une vingtaine de jours après.

Au mois d'avril 1892, à la suite d'une grande fatigue, les douleurs se montrent violentes dans l'articulation du poignet du côté externe, s'accompagnant d'un gonflement qui continua à envahir toute la région du poignet au point d'empêcher le plus petit mouvement.

A la palpation on constate de l'empâtement. Le troisième métacarpien est volumineux, surtout à son extrémité postérieure. Il en est de même du trapézoïde et de la portion antérieure du scaphoïde. Les douleurs sont très vives à la moindre pression. Le diagnostic porté est celui d'ostéo-synovite tuberculeuse de l'articulation radio-carpienne.

Le 3 septembre 1892, après anesthésie chloroformique et application de la bande d'Esmarch, je pratique sur la face dorsale de la main une incision qui, partant d'un centimètre au-dessus de l'épiphyse inférieure du cubitus, passe dans le troisième espace métacarpien pour se terminer au milieu de la paume de la main.

Cette incision divise la peau et les éléments de peu d'importance qui se trouvent dans le tissu cellulaire sous-cutané et met à nu les tendons des extenseurs; section de l'expansion qui réunit les tendons du médius et de l'annulaire. Section des parties molles de la région palmaire, en ayant soin d'éviter le nerf médian qui se trouve tout entier du côté radial de l'incision, excepté le rameau qui innerve le bord radial de l'annulaire. L'arcade palmaire superficielle est sectionnée entre deux pinces et l'on protège la profonde en l'écartant avec des crochets mousses.

Ecartant alors largement les deux moitiés de la main, résection du troisième métacarpien, du trapèze et d'une portion du scaphoïde, excision avec les ciseaux de tous les tissus fongueux. Lavage à l'éther iodoformé ; suture de tous les étages, pansement aseptique.

Le pansement est refait le huitième jour.

Réunion par première intention.

Enfin, après l'emploi du massage, la main a recouvré presque complètement la mobilité ; la malade peut l'étendre et la fléchir facilement.

OBSERVATION VI

Professeur Bassini (de Padoue).

Tuberculose étendue de l'articulation radio-carpienne gauche. — Résection par l'incision longitudinale.

Odalgise M... (de Padoue), âgée de 14 ans, couturière. Sa mère est morte tuberculeuse; son père, qui est vivant, a été atteint d'une suppuration chronique à un pied. Frère d'habitus éminemment scrofuleux.

La malade est réglée. Il y a deux ans, elle eut une adénite suppurée du coude droit.

La lésion actuelle date de l'été 1891; à cette époque, surviennent des douleurs, puis un gonflement au niveau de l'articulation radio-carpienne gauche; ces symptômes s'accompagnent de gêne des mouvements et de fièvre. Par une incision pratiquée sur le côté cubital de la main, on fit le râclage des parties malades; mais il resta une fistule qui persiste encore aujourd'hui.

La tuméfaction s'accrut et gagna le côté radial de l'articulation; les mouvements furent complètement abolis; les ganglions du coude s'hypertrophièrent et cette adénite ne tarda pas à suppurer.

État actuel : Muqueuses pâles, nutrition languissante. Les viscères sont sains; il existe une légère hypertrophie des ganglions cervicaux.

Le membre supérieur gauche est complètement déformé dans la région de l'articulation radio-carpienne. La main est dans l'abduction; les mouvements actifs sont abolis.

On constate, dans la région du poignet, l'existence de deux tuméfactions; l'une, qui atteint son maximum de développement au niveau du tiers inférieur du cubitus, est recouverte d'une peau tendue, luisante et percée d'un orifice fistuleux communiquant avec l'articulation du poignet et d'où s'écoule un pus fétide. La consistance de cette première tuméfaction est pâteuse, élastique et pseudo-fluctuante en quelques points. L'autre tuméfaction correspond au côté radial de la région carpo-métacarpienne; ici, l'orifice

fistuleux est beaucoup plus grand. C'est une vaste ulcération (5 centimètres) recouverte de masses fongueuses à bords décollés et violacés.

La sonde pénètre en tous sens et va heurter contre des os dénudés.

On peut imprimer à l'articulation des mouvements anormaux.

La température est plus élevée du côté malade que du côté sain.

La mensuration fournit les résultats suivants :

Première circonférence prise à la base des métacarpes du côté malade = 20 centimètres; deuxième circonférence prise au tiers inférieur de l'avant-bras malade, à 2 centimètres de l'apophyse styloïde du cubitus = 18 centimètres.

Côté sain = 16 centimètres 5.

Enfin, on trouve, à la face interne des deux régions cubitales droite et gauche, un abcès froid du volume d'un œuf de poule.

Diagnostic : Tuberculose au troisième degré de l'articulation radio-carpienne gauche.

Traitement : Tentative de résection. L'opération est pratiquée le 22 février 1895.

Anesthésie : Hémostase préventive avec le lacet de Silvestri.

La malade est couchée sur le dos, les épaules un peu relevées :

L'articulation malade et l'avant-bras appuient sur un coussin de sable.

Je commence par râcler et cautériser au chlorure de zinc les trajets fistuleux et les masses fongueuses qui les entourent.

Puis je procède à l'opération typique.

Un aide se place en dehors du membre à opérer et je me mets juste en face de ce membre. D'une main l'aide soutient et fixe l'extrémité inférieure de l'avant-bras; de l'autre il tire du côté cubital de la main l'annulaire et le petit doigt réunis, tandis que j'attire du côté opposé, c'est-à-dire du côté radial, l'index et le médius, sans m'occuper du pouce.

Avec un couteau long de 15 à 18 centimètres, large de 10 à 12 millimètres, j'attaque la face palmaire dans l'angle formé par les doigts ainsi écartés, et le tenant perpendiculaire à la main, je pousse la pointe en avant et en haut entre le troisième et le quatrième métacarpiens, rasant ce dernier,

m'arrêtant dès que j'ai senti la résistance causée par la saillie radiale de la base du quatrième métacarpien.

Je prolonge l'incision sur le dos de la main jusqu'à l'union du tiers inférieur avec le tiers de l'avant-bras : après avoir incisé le ligament dorsal du carpe, je pénètre entre les tendons extenseurs du troisième et du quatrième doigts.

L'incision palmaire est longue de 5 centimètres, la dorsale de 15.

Déposant le couteau, je sépare d'un côté les deux tendons extenseurs de l'index et du médius, et de l'autre l'extenseur de l'annulaire. J'incise au bistouri et je détache autant que possible le périoste et la capsule ; pour avoir plus de place, je détache l'insertion des deux radiaux et du cubital antérieur.

Je pénètre dans l'espace inter-métacarpien et je sépare avec prudence les deux parties de la main. Dès que les ligaments qui se trouvent à la base des troisième et quatrième métacarpiens ont cédé, je combine la séparation avec un mouvement d'abaissement et de torsion des deux parties écartées. J'arrive ainsi sur les parties malades que j'extirpe : je dois dire que j'ai dû réséquer l'extrémité supérieure du métacarpien du pouce et du cubitus.

Examen méthodique de toutes les parties molles; extirpation des fongosités.

Hémostase : plus particulièrement de l'interosseuse interne et de la radiale blessée sans doute lors du râclage du grand trajet fistuleux qui occupait le côté externe de la région carpo-métacarpienne.

Suture à la soie des troisième et quatrième métacarpiens et des métacarpiens à l'extrémité radio-cubitale réséquée. Suture du périoste et des restes de la capsule.

Section des tendons extenseurs; excision des parties exubérantes et suture des deux bouts au-dessus du point correspondant à la suture osseuse.

Suture de l'aponévrose dorsale de l'avant bras, de l'aponévrose dorsale de la main et de l'aponévrose palmaire.

Suture longitudinale de la peau (points superficiels et profonds) : à cette suture longitudinale s'ajoute au niveau des os réséqués une suture transversale destinée à plisser l'excédant de peau.

Drainage à travers les orifices fistuleux préexistants.

Incision et râclage des abcès du coude.

Pansement : Le membre est placé sur une attelle de zinc, large d'environ 6 centimètres, étendue de la partie moyenne du bras à la partie moyenne de la deuxième phalange des doigts, l'avant-bras, en pronation complète, est fléchi à angle aigu au niveau du coude. Durée de l'opération : 1 h. 1/2.

Suites : Pas de trouble circulatoire; pas d'insensibilité des premières phalanges. Pas d'hémorrhagie secondaire. Tout va bien jusqu'à présent : cependant le pronostic doit être réservé, car ce cas relevait plutôt de l'amputation.

OBSERVATION VII

Résection d'après la méthode d'Obalinski-Studsgaard, professeur Novaro.

Tuberculose des gaines des fléchisseurs.

Buccolini (Alexandre), âgé de 63 ans, boulanger. Mère morte on ne sait de quelle maladie, père décédé à 40 ans des suites d'une affection pulmonaire chronique. Une sœur morte de la même maladie. une autre sœur est robuste.

Le malade a triomphé facilement des maladies propres à l'enfance, du typhus à 13 ans, d'une orchi-épididymite à 20, d'une pleuro-pneumonie droite à 41 ans.

Il y a un an et demi, sans cause apparente, se manifeste une tuméfaction dans la région carpienne gauche vers son milieu. A son entrée à la clinique, la palpation fait reconnaître l'existence d'un ramollissement voisin de la fluctuation s'étendant de la partie antérieure de l'avant-bras jusqu'à la paume de la main. La tuméfaction est bosselée. Les mouvements des doigts ont conservé toute leur étendue et ne réveillent aucune douleur. Je fais le diagnostic de lipome de la gaîne des fléchisseurs et je pratique une opération qui me permet d'extirper une masse présentant les caractères du tissu graisseux.

L'examen microscopique révèle l'existence de tissu graisseux et con-

jonctif. Des fragments de la tumeur furent introduits dans le péritoine de deux cobayes et déterminèrent la mort de ces animaux au bout de 33 jours. On trouve des nodules tuberculeux dans le péritoine et dans les poumons.

Le malade fut complètement guéri ; 3 mois plus tard, il revient à l'hôpital ; le poignet est légèrement tuméfié, empâté, douloureux à la pression. Les doigts se fléchissent d'une façon incomplète, les gaînes des tendons sont intéressées par le processus morbide.

Je diagnostique une tuberculose des gaînes tendineuses des fléchisseurs, et je pratique des injections de glycérine iodoformée. Ces injections sont répétées tous les 4 ou 5 jours, mais n'amènent aucun résultat.

Le 30 septembre 1892, excision des gaînes malades, lavage à l'éther iodoformé; double plan de sutures. Il n'y a pas de réunion par première intention.

La main devient de nouveau tuméfiée et œdémateuse; le lambeau cutané qui avait été taillé et décollé pour exciser les gaînes se gangrène ; le mal a envahi les tendons extenseurs et les os du carpe. Je procède à la résection d'après la méthode d'Obalinski-Studsgaard. J'incise toutes les gaînes tendineuses, je résèque tous les os du carpe et le tiers inférieur du cubitus et du radius.

Aujourd'hui, plus d'un an après l'opération, la guérison est parfaite. On ne trouve pas des traces trop évidentes des dégâts occasionnés dans les parties molles ou dures de la région. Ce splendide succès montre une fois de plus que la chirurgie moderne ne manque pas de moyens efficaces, même dans des cas désespérés.

OBSERVATION VIII

L. Odisio (de Bologne).

Ostéo-synovite tuberculeuse de l'articulation radio-carpienne. Tracé d'Obalinski.

Falivini César, âgé de 8 ans. Rien de particulier à signaler au point de vue de ses antécédents héréditaires. Il y a un an, il tomba sur le dos de la

main gauche qui se tuméfia et resta douloureuse. Le gonflement et la douleur persistent malgré les divers traitements employés, tels que révulsion, appareil inamovible. Le malade entre à la clinique le 15 octobre 1875.

L'état général est bon : la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen et les membres inférieurs ne présentent rien de particulier. Le membre supérieur gauche est légèrement atrophié ; à la région dorsale du poignet correspondant se voit une tuméfaction très accentuée, la peau est un peu rouge et tendue ; il y a en ce point une légère élévation de température, la consistance de la tuméfaction est pâteuse ; les mouvements actifs sont un peu abolis, les passifs sont limités et extrêmement douloureux.

Diagnostic. Ostéo-synovite tuberculeuse de l'articulation radio-carpienne ayant envahi les parties molles. L'enfant est soumis aux injections d'acide phénique à 3 o/o. N'ayant obtenu aucun résultat le 26 octobre, je procède à la résection de la main. Après anesthésie et application de la bande hémostatique, je pratique l'incision des téguments d'après le tracé d'Obalinski. Extirpation minutieuse des parties molles malades ; dissection du radial et de ses branches. J'excise les fongosités qui ont envahi les gaînes des extenseurs et je râcle les foyers osseux sur le grand os, le trapézoïde et le scaphoïde.

Hémostase : Suture de tous les étages. Pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut une légère réaction fébrile, à partir du troisième jour apyrexie complète. Premier pansement le huitième jour ; guérison par première intention.

L'enfant sort guérie, les doigts fonctionnent très bien sauf, le pouce qui est un peu raide ; cette roideur du pouce disparaît elle-même au bout d'un mois de massage.

OBSERVATION IX

Francis VILLAR (de Bordeaux).

Résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire.

G. (Thérèse), âgée de 50 ans, d'origine espagnole, vient me consulter au mois de décembre 1893 pour un gonflement du poignet droit.

Rien de particulier à signaler au point de vue des antécédents pathologiques soit héréditaires, soit personnels.

Père mort à l'âge de 50 ans, mère morte à 50 ans aussi, à la suite de fièvres. Deux frères, deux sœurs vivants et en bonne santé.

Réglée à 17 ans et mariée à 20, la malade a eu deux garçons et deux filles ; les deux garçons sont morts, l'un à trois mois et l'autre à six mois. Quant aux filles elles jouissent d'une excellente santé.

Notre malade s'est toujours bien portée, elle a eu simplement des douleurs rhumatismales il y a quelques années. Ménopause à 45 ans.

Il y a un an et demi, elle fait une chute d'une hauteur de deux à trois mètres ; cette chute détermine une forte contusion de l'épaule gauche et une entorse du poignet droit. Après quelques jours de repos, la malade reprend son travail, mais souffre toujours un peu de son poignet. Vers le mois de mars dernier, les douleurs augmentent et le poignet commence à se tuméfier.

Etat actuel : A la simple inspection, on constate une déformation assez accentuée des faces dorsale et palmaire de l'extrémité inférieure de l'avant-bras et du carpe, et de la face dorsale du métacarpe dans sa partie supérieure.

Voici en effet ce que l'on trouve : 1° A la partie antéro-interne du poignet et remontant à deux travers de doigt sur l'avant-bras, existe une tuméfaction allongée, mollasse, assez mobile dans le sens latéral ; 2° à la partie antéro-externe du poignet se voit une grosseur du volume d'une noix et fluctuante : ces deux tumeurs ne communiquent pas avec les gaînes

palmaires du pouce et du petit doigt ; 3° à la partie postéro-interne du poignet et de l'extrémité inférieure de l'avant-bras se trouve une tuméfaction allongée, siège d'une fluctuation très nette, assez mobile latéralement semblable à celle qui existe sur la face antéro-interne du poignet et de l'avant-bras ; 4° les os du carpe et ceux du métacarpe, dans leur partie supérieure, sont épaissis, volumineux.

La pression sur ces os provoque de la douleur; les mouvements imprimés au poignet sont douloureux aussi.

Pas de mouvements spontanés au niveau de l'articulation radio-carpienne; la malade peut remuer ses doigts.

L'état général n'est pas très brillant ; la malade est fort amaigrie; l'appétit est bon; les poumons sont sains.

Etant donnés l'histoire de la maladie et les renseignements fournis par l'examen, je porte le diagnostic suivant : « Synovite et ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation radio-carpienne du carpe et de la partie supérieure du métacarpe ». Il était urgent d'intervenir; mais à quel genre d'intervention devais-je donner la préférence?

L'étendue des lésions et l'âge de la malade plaidaient en faveur de l'amputation. Mais il est toujours difficile, cela se comprend, de faire accepter une opération aussi radicale, surtout lorsqu'il s'agit de la main droite et puis l'amputation ne doit être, on le sait, que l'*ultima ratio*.

D'un autre côté, les procédés ordinaires de résection du poignet ne m'auraient pas donné un jour suffisant pour pratiquer l'extirpation complète de tout le mal.

Il me semble donc que c'était le cas ou jamais d'avoir recours au procédé de Studsgaard, c'est-à-dire à la double résection longitudinale (dorso-palmaire). La malade entre à l'hôpital Saint-André le 19 décembre 1893, dans le service de M. Gervais, qui voulut bien me permettre de l'y opérer, ce dont je le remercie.

Opération le 20 décembre. La malade est endormie sur la table de Julliard (de Genève). Application de la bande d'Esmarch. Lavage de la main et d'une partie de l'avant-bras avec du savon puis de l'alcool et enfin

du sublimé. Le membre est alors placé sur la petite table que l'on adapte à la grande table de Julliard, pour les opérations qui se pratiquent sur le membre supérieur : la main est appliquée à plat. Je pratique d'abord une incision longitudinale, au niveau de la saillie postéro-interne déjà signalée : il s'en écoule une assez grande quantité de pus mêlé de grumeaux. Avec la sonde cannelée, je cherche à me rendre compte de l'état des os et des articulations du carpe et du métacarpe et je constate qu'ils sont très malades; la sonde pénètre facilement dans des os friables et ramollis.

Je commence alors l'opération typique. Revenant à mon incision déjà pratiquée sur le dos du carpe et la partie inférieure de l'avant-bras, je la prolonge dans la direction du troisième espace inter-métarcapien jusqu'au niveau de la commissure qui sépare le troisième du quatrième doigt. J'écarte les tendons extenseurs et je sectionne la portion musculaire inter-osseuse. Relevant la main et reprenant l'incision dorsale au niveau de la commissure, je la prolonge verticale sur la face palmaire en dépassant l'interligne radio-carpien. Ceci fait, je sectionne les parties molles de la paume de la main, y compris l'arcade palmaire superficielle mais en évitant les tendons et le nerf médian. Puis, je complète la section des muscles interosseux en ayant soin de ne pas porter le bistouri jusqu'à la partie postérieure ou supérieure de l'espace inter-métacarpien de peur de blesser l'arcade profonde (ce qui n'est pas bien sérieux) et la branche profonde du cubital (ce qui est plus important).

Ecartant alors les deux parties de la main, j'arrive sur le carpe et j'en extirpe les différents os qui étaient tous malades.

Je résèque en outre l'extrémité postérieure des deuxième, troisième, quatrième et cinquième métatarsiens, après avoir détaché avec prudence les parties molles situées au-devant de ces extrémités. J'enlève enfin l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, dans l'étendue de 4 centimètres.

Grâce à la large brèche ainsi créée, je puis râcler toutes les fongosités tendineuses et péri-articulaires, poursuivre en un mot toutes les lésions jusque dans leurs derniers retranchements.

Je lie l'arcade palmaire superficielle et je puis enlever la bande d'Es-

march : il se produit un écoulement sanguin en nappe et très peu abondant ; je ne place que cinq catguts. Lavage de la plaie au sublimé puis à l'éther iodoformé.

Sutures : Suture isolée et au catgut des interosseux, des débris de périoste ou de capsule, des aponévroses dorsale et palmaire, suture de la peau au crin de Florence à double étage, points profonds et superficiels à la face dorsale du poignet. Je laisse un orifice pour le passage d'une mèche de gaze iodoformée.

Pansement : Poudre et gaze iodoformée, ouate boriquée. Le membre est fixé sur une attelle en bois.

La malade a souffert dans l'après-midi et pendant la nuit. Température 38,8. Potion stimulante avec rhum.

21 décembre : La malade se plaint toujours. Température : 36,8 et 37,3. Potion stimulante.

Le 22 : Les douleurs continuent, on prescrit une potion calmante. Température, 36,8 ; 37,4.

Le 25 : Le thermomètre monte à 38,2.

Le 26 : Premier pansement. La main offre un très bon aspect, pas d'œdème, ni sur la main ni sur l'avant-bras. Il y a un écoulement sanguin par l'orifice du drainage. Sur la face dorsale il existe une goutte de pus au niveau des deux points de suture, un peu de suppuration aussi à la partie inférieure de l'incision palmaire. J'enlève trois points à ce niveau et je désunis. Lavage sublimé. Mèche de gaze iodoformée dans l'orifice dorsal, comme après l'opération et toute petite mèche à la face palmaire, au niveau des points désunis. Pansement humide. La malade se lève.

Le 27 : La malade va bien. Température, 37,2. A partir de ce jour la température est redevenue normale.

Le 29 : Deuxième pansement. Les incisions sont réunies, sauf dans les points où ont été placées les mèches ; de ces deux orifices s'écoule une certaine quantité de pus. L'orifice dorsal commence à bourgeonner. La malade peut faire aller ses doigts. La sensibilité est normale partout. Bon appétit. Injections de sublimé à travers les orifices. Pansement humide.

Le 3 janvier 1894 : La suppuration se continue dans l'espace interosseux. Pansement. Poudre et gaze iodoformée. Je retire la mèche dorsale.

Le 6 janvier : Même pansement.

10 janvier : Suppuration à la face palmaire et à la face dorsale au niveau de la région interosseuse. Je désunis la plaie à ce niveau. L'orifice par où passait la mèche dorsale est presque complètement cicatrisé.

Pansement 13 janvier. Je place un tout petit drain à la face dorsale, à la partie postérieure de l'espace interosseux.

Pansement 16 janvier : La suppuration diminue et les parties molles bourgeonnent rapidement.

Je continue à faire le pansement tous les 3 jours. Le poignet est assez solide et la malade se lève tous les jours depuis le 26 décembre ; l'appétit est assez bon.

Je vois la malade pendant quelques jours, les choses marchent assez bien : Puis je la perds de vue.

OBSERVATION X

Professseur NOVARO.

Ostéo-synovite tuberculeuse de la main. — Résection par le procédé d'Obalinski.

Gorni (Alberto), âgé de 45 ans. Prédispositions héréditaires. Le malade fait remonter sa maladie à un an environ, époque à laquelle il fait une chute, sa main gauche ayant fortement porté contre le sol. Il s'en suivit une arthrite traumatique aiguë, qui guérit au bout de trente jours, laissant la main un peu endolorie. Il y a quatre mois, apparition d'une douleur sourde, surtout accentuée la nuit, et d'un gonflement de la région. Le malade entre à la clinique. Je porte le diagnostic d'ostéo-synovite tuberculeuse de la main gauche et je procède à la résection des articulations radio-carpienne et carpo-métacarpienne au moyen de l'incision d'Obalinski, après hémostase préventive. Guérison par première intention.

Fonctionnement du membre assez bon.

OBSERVATION XI

Professeur Novaro.

Arthrite tuberculeuse du poignet. — Résection d'après Obalinski.

F... (Giuseppe), âgé de 37 ans. Parents sains. La maladie a débuté, il y a 8 mois, d'une façon subaiguë. La main droite s'est tuméfiée et est devenue le siège d'une vive douleur.

Au bout de 8 à 10 jours, les phénomènes aigus ont disparu laissant un peu de gonflement, de douleur et de la raideur de l'articulation radio-carpienne.

Le malade a été traité par des injections d'acide phénique à 3 p. 100, mais sans aucun résultat.

Diagnostic : Arthrite tuberculeuse du poignet droit.

Résection d'après Obalinski. Au bout d'un mois, la soudure est complète. Grâce aux massages, la rigidité disparaît.

OBSERVATION XII

Ostéo-synovite tuberculeuse de l'articulation radio-carpienne.

Procédé d'Obalinski-Studsgaard. Professeur Novaro.

Bonjilioli Césare, âgé de 37 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. La maladie a débuté il y a 5 ans environ, sans cause appréciable; à cette époque le malade commença à éprouver quelques petites douleurs au niveau du poignet droit surtout lorsqu'il s'était livré à un travail prolongé; peu à peu les douleurs deviennent plus intenses et plus fréquentes, à tel point qu'au bout d'un an et demi il ne pouvait plus se servir de sa main sans éprouver une vive douleur. Depuis un mois la main est tuméfiée, les mouvements sont presque complètement abolis. Sur la région dorsale existe une tuméfaction qui s'étend de la partie moyenne du métacarpe au tiers

inférieur de l'avant-bras. La peau qui la recouvre est normale. La pression est douloureuse sur tous les os de l'articulation radio-carpienne et carpo-métacarpienne. On observe aussi le gonflement à la région palmaire et principalement dans le point qui correspond à l'articulation radio-carpienne ; on constate de l'empâtement et de la douleur à la pression.

Ayant porté le diagnostic d'ostéo-synovite tuberculeuse de l'articulation radio-carpienne, je pratique la résection en me servant du procédé accoutumé (Obalinski-Studsgaard). Excision des gaînes tendineuses, on y trouve un lipome.

Guérison par première intention. Très peu de raideur dans les articulations métacarpo-phalangiennes ; d'ailleurs le fonctionnement est bon.

CHAPITRE III

DES RÉSULTATS DU PROCÉDÉ

Avec ce qui précède et les observations relatées, nous sommes en droit d'apprécier les résultats de cette méthode. Comme dans toute résection, il faut considérer séparément les résultats opératoires, thérapeutiques et fonctionnels.

Les premiers ont toujours été bons et on ne trouve aucun cas de mort à la suite de cette intervention.

Les auteurs n'ont signalé aucune complication, ni infection purulente, ni tétanos, ni hémorrhagie, ni gangrène du membre. Chez sa malade, Bassini avait dû lier l'artère radiale blessée, non pendant la résection, mais avant de commencer l'opération, en râclant un grand trajet fistuleux qui occupait le côté externe de la région carpo-métacarpienne. Cet accident n'amena d'ailleurs aucun trouble circulatoire du côté de la main.

La suppuration a été observée deux fois; mais peut-être est-elle due à des fautes antiseptiques, d'autant plus que les malades de Novaro et d'Odisio ont réuni par première intention. Ce ne peut donc pas être un argument sérieux à invoquer contre notre méthode.

Pour apprécier les résultats thérapeutiques et fonctionnels, voyons ce que nous donne chacune des observations relatées plus haut :

Premier cas. — Enfant de 13 ans opéré le 10 janvier 1892. Quitte l'hôpital le 2 février, vingt-trois jours après pour suivre un

traitement au dehors. Il est revu le 3 mai : la plaie est guérie depuis longtemps et l'enfant se sert de sa main.

Deuxième cas. — Fillette de 3 ans opérée le 9 mai 1892. Broncho-pneumonie, rougeole. L'enfant est isolée et n'est pas revue.

Troisième cas. — Homme de 62 ans, charretier, opéré le 31 mai 1892. Quitte l'hôpital le 15 juillet, est revu le 15 août : est en parfait état et a repris son métier pénible de charretier.

Quatrième cas. — Jeune fille de 20 ans opérée le 28 août 1892 (opération complémentaire le 22 septembre). Quitte l'hôpital le 4 octobre, est revue le 15 janvier : à ce moment, elle est tout à fait guérie; elle remue le pouce et le métatarsien correspondant et l'index possède absolument tous ses mouvements. Les phalanges des autres doigts fonctionnent, mais il y a immobilisation à peu près complète de ces doigts au niveau de leur articulation métacarpo-phalangienne.

Les malades de Novaro fournissent une belle statistique au point de vue fonctionnel et thérapeutique.

Premier cas. — Femme de 28 ans opérée le 2 septembre 1892. Séances de massage : la malade peut étendre et fléchir sa main.

Deuxième cas. — Homme de 60 ans opéré en 1893 et revu plus d'un an après. Guérison parfaite : on voit à peine les traces des deux cicatrices.

Troisième cas. — Homme de 45 ans, fonctionnement assez bon.

Quatrième cas. — Homme de 37 ans. La raideur articulaire disparaît avec le massage.

Cinquième cas. — Homme de 37 ans. Légère raideur des articulations métacarpo-phalangiennes.

Cas d'Odisio. — Enfant de 8 ans. Massage; tous les doigts fonctionnent bien; bon résultat.

Cas de Bassini. — Les suites opératoires n'en sont pas connues

Cas de Villar. — La malade a été opérée le 20 décembre 1893. Sept semaines après l'opération, époque à laquelle elle a été perdue de vue, la suppuration avait considérablement diminué, mais la brèche inter-métacarpienne, à sa partie inférieure, n'était pas tout à fait réunie, quoique bourgeonnante.

Un insuccès dans ce cas ne surprendrait personne étant donnés et l'âge de la malade et l'étendue des lésions justiciables plutôt de l'amputation de l'avant-bras.

En résumé, sur ces douze cas que nous avons recueillis, deux ont été perdus de vue, un autre ne peut pas être discuté (l'observation ayant été publiée trop peu de temps après l'opération). Enfin, dans les neuf autres les résultats ont été excellents.

Nous dirons donc que la résection par l'incision longitudinale est une bonne opération au point de vue opératoire fonctionnel et thérapeutique, nous dirons même esthétique : si les observations sont en effet muettes à ce sujet, il nous a été donné de voir des photographies de mains opérées par ce procédé ; on y retrouve non seulement la forme, mais l'élégance d'une main normale.

On comprendra que nous n'insistions pas sur les résultats à longue échéance, éloignés de notre opération : il sera intéressant de voir en particulier ce qui se passe chez les sujets opérés jeunes, comme chez le deuxième malade de Studsgaard, au moment de l'accroissement en longueur des os : cette étude nous ne la ferons pas et pour cause : les premières opérations datent de 1892 et nous n'avons actuellement aucun renseignement sur ces malades.

CHAPITRE IV

AVANTAGES ET INDICATION DU PROCÉDÉ

Les avantages du procédé doivent être envisagés au point de vue opératoire et thérapeutique.

Il nous paraît intéressant de les rapprocher de ceux que fournissent les procédés de résection actuellement en honneur : Il va sans dire que nous n'envisagerons pas ici les procédés de résection partielle qui ne s'adressent qu'à une lésion limitée d'une extrémité osseuse, de l'extrémité inférieure du cubitus par exemple : l'incision au lieu d'élection suivie du grattage de la portion osseuse s'impose comme seule intervention chirurgicale dans le cas particulier. Ce sont donc les procédés de résection totale qui nous intéressent. Une méthode est supérieure à une autre en tant qu'elle est plus conservatrice et qu'elle facilite l'acte chirurgical. Or, les organes importants de la région sont au nombre de trois : les tendons des muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts, les vaisseaux et les nerfs.

Or nous voyons tout d'abord que dans quelques procédés on sectionne complètement tous les tendons dorsaux, par l'incision double semi-circulaire de Stanley ou par le procédé de de Gritti : d'autres ne conservent que les tendons extenseurs des doigts : « Section systématique des tendons destinés à mouvoir la main sur l'avant-bras » (Bonnet, de Lyon) qui transforme ainsi le poignet en une masse, un bloc rigide. « Incision à convexité externe située sur le dos du carpe et de la partie inférieure du deuxième

métacarpien » (Lister). D'autres ne conservent que les tendons du pouce « Incision dorsale curviligne à convexité inférieure (Butcher). Ces différents procédés s'accompagnant de sections tendineuses sont donc inférieurs théoriquement et au point de vue surtout du résultat thérapeutique, au procédé de Studsgaard.

Que se passe-t-il avec l'autre catégorie de procédés, ceux qui conservent tous les tendons et dont les plus connus sont l'incision médiane postérieure de Maisonneuve, l'incision latérale externe de Danzel, la double incision sous-périostée d'Ollier, etc., etc.?

Dans le procédé que décrit tout au long Farabeuf et qui est accepté comme classique aujourd'hui, l'incision porte en dehors du tendon de l'extenseur de l'index et tombe directement sur le massif du carpe; mais on est obligé, pour se faire du jour, de détacher les insertions du 2e radial externe, on risque de blesser l'artère radiale à la sortie de la tabatière anatomique : on est surtout obligé de luxer les extrémités osseuses, ce qui ne va pas quelquefois sans d'assez graves difficultés.

En tant qu'opération, la résection du poignet est plus facile et moins laborieuse par la double incision dorso-palmaire et on a beaucoup plus de jour en raison de ce fait que l'on tombe directement sur le centre même du massif osseux, et il en résulte, comme le fait remarquer Studsgaard, qu'on peut plus facilement assurer l'hémostase dans les cas où l'arcade palmaire profonde a été lésée.

De plus, et l'anatomie de la région nous le montre très nettement, les tendons des radiaux ne sont en aucune façon intéressés, pas plus que le nerf médian, le nerf cubital ou les tendons fléchisseurs. Seuls l'arcade palmaire superficielle avec la collatérale externe de l'annulaire, le filet du médian qui va à l'annulaire et la bande fibreuse qui relie entre eux les tendons fléchisseurs du médius et de l'annulaire sont sectionnés. L'ouverture des gaînes synoviales qui jouerait un gros rôle en temps ordinaire ne doit pas entrer ici en ligne de compte, les processus inflammatoires les

ayant toujours envahies et plus ou moins détruites. De plus, on n'ignore pas combien sont fréquentes à la main les anomalies artérielles. On s'exposerait donc, en suivant tel ou tel procédé classique, à ouvrir à l'improviste une artère importante et à avoir à la lier au fond d'une incision beaucoup trop étroite et que l'on serait obligé d'agrandir en causant de grands délabrements où l'on pourrait et le plus rapidement possible. Dans la résection transmétacarpienne on a sous les yeux toute la région : On a une plaie à plat pour ainsi dire et rien n'est plus simple que de lier les vaisseaux qui pourraient donner.

Au point de vue thérapeutique, la méthode de Studsgaard doit logiquement, dans quelques cas du moins, donner des résultats meilleurs, puisque le champ opératoire étant plus vaste, l'accès des parties malades devient plus facile et il est ainsi possible de suivre les lésions ostéo-articulaires et tendineuses jusque dans leurs derniers retranchements.

Quant aux résultats fonctionnels, ils seraient, d'après Studsgaard, supérieurs à ceux que donnent les procédés classiques : dans les cas connus, ils ont été excellents.

Tels paraissent être les avantages de ce procédé : a-t-il des inconvénients? On lui reprochera de créer un délabrement considérable; mais il est plus apparent que réel. Nous l'avons montré : à part la section de l'arcade palmaire superficielle et des interosseux, les organes importants ne sont pas atteints et vu la richesse des voies anastomotiques à la main, cela sera de peu d'importance : pas de gangrène possible. Les parties profondes ainsi que les parties superficielles se séparent bien et je ne puis que rappeler l'observation VII, dans laquelle la guérison était complète au bout d'un mois.

Restent à voir quelles sont les indications du procédé. Ce n'est pas chose facile quand il s'agit d'un procédé aussi nouveau et rarement employé encore.

D'après Studsgaard, il serait indiqué systématiquement dans le cas d'ostéopériostite de la base des métacarpiens et des os du carpe, surtout ceux de la deuxième rangée. Il a pour lui d'être moins pénible et de permettre de mieux extirper les parties malades. S'il est permis de mieux préciser ses indications, nous dirons qu'il semble y avoir deux cas justiciables de la double incision :

1° Lorsque les lésions très étendues réclament presque l'amputation ;

2° Lorsque, ainsi que l'a fait remarquer M. Villar, les lésions tendineuses sont très développées.

En raison même de la large voie créée, on pourra attaquer les gaînes de tous côtés, extirper les fongosités dont l'ablation est délicate et même toujours incomplète avec les procédés de résection ordinaires.

Ce sera, dans certains cas, éviter l'amputation.

Il va de soi que comme dans tous les procédés de résection, on tiendra compte de l'âge, de la position sociale et de l'état général du malade.

CONCLUSIONS

1° La résection du poignet par le procédé de la double incision longitudinale transmétacarpienne est d'une exécution facile.

2° Donnant un jour considérable, ce procédé permet de poursuivre très loin les lésions ostéo-articulaires et tendineuses.

3° Aussi est-il plus particulièrement indiqué dans le cas de lésions étendues et permet-il de reculer les limites de l'amputation.

4° D'après les faits publiés ce procédé donne d'excellents résultats.

5° On ne peut cependant pas dire qu'il constitue le procédé de choix dans la généralité des cas.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr P. VERGELY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 17 juillet 1896,
Le Recteur,
A. COUAT.

7 Péborde.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CATTERINA (Attilio). — Nouvelle méthode de résection radio-carpienne. Leçon du professeur Bassini. *Riforma medica,* 21 mars 1893, p. 782.

OBALINSKY. — Nouvelle méthode de résection du poignet. *Centrablatt fur chirurgie,* 1890, n° 43, 25 octobre, p. 809.

OLLIER. — Traités des résections, t. II, p. 453.

ODISIO (Lorenzo). — Del metodo Obalinsky-Studsgaard nelle affezioni tuberculari delle piede e della mano. *Il policlinico,* 15 avril 1894, p. 290.

STUDSGAARD. — De l'incision longitudinale employée comme méthode de résection du pied et de la main. Hospital's Tidende de Copenhague, 7 janvier 1891.

— Traitement de l'ostéo-arthrite tarso-métatarsienne et carpo-métacarpienne par l'incision longitudinale du pied et de la main. Congrès des naturalistes scandinaves tenu à Copenhague, du 4 au 9 juillet 1892.

SALIAS. — *Semaine médicale,* 1893, p. 303.

F. VILLAR. — Résection du poignet par la double incision longitudinale dorso-palmaire. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. Séance du 8 janvier 1894 et *Journal de médecine de Bordeaux,* 1894, 4 février, p. 53.

— Congrès pour l'avancement des sciences tenu à Bordeaux, août 1895.

— *Archives des sciences médicales de Bucharest,* 1896.

20,259. — Bordeaux, Y. Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.